

入 所 申 込 書

平成 年 月 日

グループホーム ふるさと 様

グループホームふるさとに入所申し込みしたいので、申し込みます。

申請者氏名		印	(続柄)
申請者住所	〒□□□-□□□□		
	電話 ()	携帯 ()	
ふりがな		性別	男 ・ 女
入所希望者氏名			
住所	〒□□□-□□□□		
	電話 ()		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生 (歳)		
介護保険証	保険者番号	□□□□□□□□□□	要介護度 支援 (1・2) 1・2・3・4・5
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
その他保険証等	<input type="checkbox"/> 保険証 (種別 番号) <input type="checkbox"/> 年金 (種別) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種類 判定 級 障害名)		
	サービス種類	1ヶ月あたり 利用回数	事業所名
居宅サービス等の状況 (ケアプラン添付でも可)			
家族構成			
担当介護支援専門員	事業所名	氏名	
(備考)			

項目	入所希望者の状況	
家族の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 介護保険施設、病院等に入所 (施設名) (入所期間 平成 年 月 日 から) <input type="checkbox"/> その他 ()	
身体状況	食 事	介助の要・不要 要 () ・ 不要 食事の内容 常食 ・ ミキサー等 () ・ 経管栄養食
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 歩行の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり () <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 () <input type="checkbox"/> 困難 ()
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者なし <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、高齢・障害等の理由により常時介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、遠距離在住等別居状態にあり十分な介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就業等の理由により十分な介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者がおり、ほぼ常時介護可能 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	主たる介護者	
	希望者との関係	
医療などの状況	<input type="checkbox"/> 問題行動 (自傷行為、不潔行為、常時徘徊 など) ()	
	<input type="checkbox"/> 認知症診断書 ()	
その他の特記事項	<input type="checkbox"/> 家屋の状況 ○玄関・居室の段差 ○浴室の構造 (段差等) ○便所の構造 (段差、通路等)	<input type="checkbox"/> その他の参考事項